

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Impacto do Índice de Massa Corporal e da Perceção da Imagem
Corporal nas Crenças e Vivência da Sexualidade na Adolescência**

Marcília Aires Borges Teixeira Mateus

Orientadoras: Professora Doutora Maria Helena Regalo da Fonseca
Professora Doutora Marta Sofia Pereira dos Reis

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do Grau de Mestre
em Saúde do Adolescente

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



**Impacto do Índice de Massa Corporal e da Perceção da Imagem
Corporal nas Crenças e Vivência da Sexualidade na Adolescência**

Marcília Aires Borges Teixeira Mateus

Orientadoras: Professora Doutora Maria Helena Regalo da Fonseca
Professora Doutora Marta Sofia Pereira dos Reis

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do Grau de Mestre
em Saúde do Adolescente

2017

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 23 de maio de 2017”

Em memória do meu pai...

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Fonseca pelo entusiasmo que vive com a temática da Adolescência e que partilha de forma generosa e contagiante. Por toda a disponibilidade, paciência, esforço, interesse e confiança ao longo de todo este projeto.

À Professora Doutora Marta Reis por ter aceitado coorientar esta dissertação e pela acessibilidade, disponibilidade e ajuda demonstradas durante este período.

Ao *Espaço Jovem* e toda a sua equipa, por todos os anos em que tive o privilégio de participar no atendimento e nas inúmeras atividades realizadas, que me fizeram descobrir, conhecer e viver a temática da Adolescência de outra forma.

A todos os utentes do Espaço Jovem com quem contactei e que me ensinaram muito mais que Medicina.

À Enfermeira Cidália Conde por ter abraçado este projeto e ser incansável na recolha dos dados.

Um agradecimento especial à Dr.^a Teresa Oliveira, fundadora e coordenadora do *Espaço Jovem*, pelo dinamismo, ousadia e paixão por esta área, que, juntamente com a sua sabedoria, sensatez e afeto, permitiram vencer barreiras e chegar longe na defesa da Adolescência. Obrigada por tudo o que aprendi e cresci, e sobretudo por me ter permitido “voar”.

À minha família por toda a ajuda e incentivo, em especial à minha mãe, por estar sempre lá e acreditar em mim.

Ao Pedro, apoio incontornável e indispensável, sem o qual este projeto não seria possível. Obrigada pela paciência.

Aos meus filhos, que me farão revisitar a Adolescência com outro olhar...

Abreviaturas

A – estatura

BMI - body mass index

cm – centímetro

DP – desvio padrão

HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg - quilograma

m – metro

máx – máximo

min – mínimo

n – número total da amostra

ns – não significativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – significância estatística

P - peso

PC – perímetro da cintura

PICI – percepção da imagem corporal ideal

PICO – avaliação da imagem corporal percebida pelos outros

PICR – percepção da imagem corporal real

QVC - Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto

VBQ - The Values and Beliefs about Sexuality, Maternity and Abortion Questionnaire

vs - versus

% - percentagem

Resumo

As alterações corporais da adolescência e o seu efeito na percepção da imagem corporal têm grande impacto a nível psicossocial, principalmente no sexo feminino. Em simultâneo a estas alterações ocorre a descoberta da sexualidade. Com o aumento da obesidade na adolescência alguns estudos têm mostrado haver uma maior tendência para comportamentos sexuais de risco nas adolescentes com excesso de peso.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a existência de associação entre os valores e crenças sobre sexualidade e a vivência da mesma com o Índice de Massa Corporal (IMC) e a percepção da imagem corporal das adolescentes.

Foram incluídas 180 adolescentes do sexo feminino entre os 15 e os 19 anos que recorreram pela primeira vez ao *Espaço Jovem* do Centro Hospitalar do Porto num período consecutivo de um ano. Foram avaliados o IMC, características clínicas relativas à sexualidade, Questionário de Crenças e Valores sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVC) e a percepção da imagem corporal.

Cerca de 8% da amostra era obesa, utilizando os critérios de z-score para o IMC ajustado à idade. Estas adolescentes eram mais novas ($p=0,03$) e menor proporção tinha iniciado relações sexuais ($p=0,005$). No entanto verificou-se uma tendência para o início mais precoce da atividade sexual ($p=0,067$) nestas adolescentes, registando também maior número de parceiros sexuais ($p=0,048$). Não se verificaram diferenças nos scores obtidos no QVC entre os diferentes grupos de IMC. As adolescentes insatisfeitas com a imagem corporal pela magreza tiveram relações sexuais mais cedo ($p=0,008$) e as insatisfeitas com a imagem corporal pelo excesso de peso registaram o uso do preservativo de forma mais irregular ($p=0,002$). Verificaram-se diferenças significativas na cotação para o QVC (maior cotação para Maternidade e Reprodução) associadas à insatisfação corporal.

As adolescentes obesas e as insatisfeitas com a imagem corporal mostraram maior exposição a comportamentos sexuais de risco do que as restantes. Os resultados sugerem que as adolescentes com obesidade e/ou insatisfação com a imagem corporal poderão necessitar e beneficiar de programas específicos na área da saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: adolescente, sexo feminino, índice de massa corporal, imagem corporal, sexualidade, comportamentos de risco

Abstract

Body changes during adolescence and its effect on body image perception have a high psychosocial impact, especially in females. Simultaneously sexuality discovery occurs. With obesity increasing in adolescence, some studies report higher sexual risk behavior in female adolescent with excess weight.

The aim of this work was to evaluate the existence of association between values and beliefs about sexuality, living sexuality and Body Mass Index (BMI) and body image perception among adolescents.

In this study were included 180 female adolescents aged 15 to 19 years that recurred for the first time to *Espaço Jovem* at Centro Hospitalar do Porto, throughout 12 consecutive months. All were evaluated for BMI, clinical parameters about sexuality, The Values and Beliefs about Sexuality, Maternity and Abortion Questionnaire (VBQ) and body image perception.

About 8% of adolescents were obese, according to BMI z-score criteria adjusted for age. Comparing to the rest of the group, these obese adolescent were younger ($p=0,03$) and less likely to have already began sexual intercourse ($p=0,005$). However sexual intercourse had tendency to occur earlier ($p=0,067$) and more sexual partners were reported ($p=0,048$). No differences were found in VBQ score between BMI groups. Adolescents not satisfied with their body image for thinness had earlier beginning of sexual intercourse ($p=0,008$) and those not satisfied for overweight reported irregular use of condom or abandon of condom use ($p=0,002$). Significant differences for VBQ score (higher scores for Maternity and Reproduction) were associated to dissatisfaction for body image.

Obese and unsatisfied for body image female adolescents reported having more risky sexual behavior when compared to the others. These results suggest that obese and/or unsatisfied for body image adolescent female may need and benefit from specific programs on sexual and reproductive health.

Key-words: adolescent, female, body mass index, body image, sexuality, risk behavior

Índice Geral

Capítulo 1 – Introdução	1
1.1 - A adolescência e o excesso de peso/obesidade	1
1.2 – A adolescência e a sexualidade	2
1.3 – Crenças e Valores sobre sexualidade	3
1.4 – O <i>Espaço Jovem</i>	4
 Capítulo 2 – Objetivos	 7
 Capítulo 3 – Metodologia	 9
3.1 - Tipo de Estudo	9
3.2 - População	9
3.3 – Avaliação	10
3.3.1 – Avaliação Antropométrica	10
3.3.2 – Questionário Sociodemográfico e Clínico	11
3.3.3 – Questionário sobre Crenças e Valores sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto	12
3.3.4 – Avaliação da Percepção da Imagem Corporal	13
3.4 – Procedimentos	14
3.4.1 – Análise Estatística	14
 Capítulo 4 – Resultados	 17
4.1 - Caracterização da População	17
4.2 - Comparação entre Grupos	22
4.2.1 - Parâmetros Sociodemográficos e Clínicos	23
4.2.2 - Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto	29
4.2.3 - Avaliação da Percepção da Imagem Corporal	31

Capítulo 5 – Discussão	39
Limitações do Estudo	45
Capítulo 6 – Conclusões	47
Referências Bibliográfica	51
Anexos	55
Anexo I. Curvas de Percentil do IMC para Raparigas	57
Anexo II. Valores do z-score do IMC para Raparigas	58
Anexo III. Valores de Percentil para o Perímetro da Cintura	60
Anexo IV. Questionário sociodemográfico e clínico	61
Anexo V. Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto	64
Anexo VI. Silhuetas femininas de Stunkard.	65

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra por idade	17
Tabela 2. Distribuição da amostra por ocupação	17
Tabela 3. Distribuição da amostra por escolaridade	18
Tabela 4. Distribuição da amostra por escolaridade dos pais	18
Tabela 5. Distribuição da amostra por IMC	19
Tabela 6. Distribuição da amostra por z-score do IMC	19
Tabela 7. Distribuição da amostra por Percentis do Perímetro da Cintura	19
Tabela 8. Distribuição da amostra por consumo de tabaco, álcool e drogas	20
Tabela 9. Distribuição da amostra pelo início das relações sexuais	20
Tabela 10. Planeamento da primeira relação sexual	20
Tabela 11. Contraceção na primeira relação sexual	21
Tabela 12. Número de parceiros	21
Tabela 13. Contraceção na última relação sexual	22
Tabela 14. Uso do preservativo	22
Tabela 15. Média de idade dos grupos z-score do IMC	23
Tabela 16. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a escolaridade do pai	23
Tabela 17. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a escolaridade da mãe	24
Tabela 18. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com o início das relações sexuais	24
Tabela 19. Distribuição dos grupos por idade de acordo com o início das relações sexuais	25
Tabela 20. Relação entre o z-score do IMC e início das relações sexuais ajustado para a idade	25
Tabela 21. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de idade à data da primeira relação sexual	26
Tabela 22. Distribuição dos grupos por idade de acordo com a idade à data da primeira relação sexual	26

Tabela 23. Distribuição dos grupos z-score do IMC por planeamento da primeira relação sexual	27
Tabela 24. Distribuição dos grupos z-score do IMC por contraceção na primeira relação sexual	27
Tabela 25. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo na primeira relação sexual	27
Tabela 26. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de contraceção na última relação sexual	28
Tabela 27. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo na última relação sexual	28
Tabela 28. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo	28
Tabela 29. Distribuição dos grupos z-score do IMC por número de parceiros sexuais	29
Tabela 30. Distribuição dos grupos z-score do IMC por cotação média – Subescala Maternidade	29
Tabela 31. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação – Subescala Reprodução	30
Tabela 32. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação – Subescala Afetividade	30
Tabela 33. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação – Subescala Aborto	30
Tabela 34. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação - Subescala Prazer	31
Tabela 35. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a satisfação corporal	33
Tabela 36. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a satisfação corporal baseada na perceção da imagem corporal pelos outros	34
Tabela 37. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o início das relações sexuais	34
Tabela 38. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na perceção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o início das relações sexuais	35
Tabela 39. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com a média de idade à data do início das relações sexuais	35
Tabela 40. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o número de parceiros	35
Tabela 41. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o uso do preservativo	36
Tabela 42. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na perceção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com a média de idade à data do início das relações sexuais	36

Tabela 43. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o número de parceiros	36
Tabela 44. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o uso do preservativo	37
Tabela 45. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com média de cotação nas subescalas do QVC	37
Tabela 46. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com média de cotação nas subescalas do QVC	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da aparência corporal real	32
Gráfico 2. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da aparência corporal ideal	32
Gráfico 3. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da imagem corporal percebida pelos outros	33

Capítulo 1 – Introdução

1.1-A adolescência e o excesso de peso/obesidade

A adolescência, classicamente definida como a transição da infância para a vida adulta, é uma etapa do desenvolvimento humano que implica grandes alterações a nível cognitivo, biológico e psicossocial. Os contextos culturais e socioeconómicos em que a mesma ocorre influenciam de forma decisiva o adolescente¹ e a sua vida adulta.

O desenvolvimento cognitivo, com a evolução para o pensamento abstrato, que ocorre pelo 15-16 anos¹, é um dos grandes marcos da adolescência e um dos fatores que torna este grupo tão vulnerável a situações de risco. Simultaneamente ocorrem o crescimento e as alterações corporais, com grande impacto a nível psicossocial.

Segundo o estudo Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)² em 2014, o estudo mais completo sobre a saúde dos adolescentes em Portugal, cerca de 18% dos adolescentes portugueses tinham excesso de peso ou eram obesos, no entanto cerca de 32% consideravam-se gordos.² Estes valores são sobreponíveis aos descritos no HBSC em 2010³, verificando-se uma estabilidade relativamente à obesidade, sendo que foram os adolescentes mais velhos que mais manifestaram a preocupação com o excesso de peso. Cerca de 11% deles encontrava-se em dieta.² As raparigas apresentavam valores significativamente mais elevados de preocupação com a questão do peso e imagem corporal, embora apenas 2,3% delas fossem obesas.² Alguns estudos demonstram igualmente que mesmo nas fases iniciais da adolescência, pelos 11 anos, a questão do excesso de peso tem um impacto claro e mensurável na autoestima: adolescentes obesos têm pior perceção da sua competência atlética e aparência física e menor auto-confiança.⁴

No subgrupo feminino a perceção de aceitação social encontra-se igualmente reduzida quando há obesidade.⁴ Segundo vários autores, para as raparigas a obesidade tem consequências negativas a nível social, psicológico e económico durante toda a vida.^{5,6}

Mas pouca atenção tem sido dada às implicações do peso no bem-estar sexual dos adolescentes.⁷

1.2-A adolescência e a sexualidade

Se pensarmos que a sexualidade é igualmente uma área com notórias mudanças durante a adolescência, a relação entre todos estes fatores é indissociável. Na segunda fase da adolescência, no que diz respeito à sexualidade, o corpo do adolescente e dos que o rodeiam é o centro das suas preocupações, surgindo a dúvida sobre a sua capacidade de atração e de desempenho.¹ Só posteriormente, na fase tardia da adolescência, se verifica a procura da relação com o outro na globalidade da intimidade, mais próximo da sexualidade do adulto.¹ Nesta fase a procura de um parceiro e a exploração dos vários elementos relacionados com a sexualidade desempenham um papel muito importante em termo de desenvolvimento.

Cerca de 75% dos adolescentes portugueses sexualmente ativos iniciaram relações sexuais com 14 anos ou mais.² Em 44% dos casos os adolescentes queriam que tivesse acontecido naquela altura, embora em 20% das raparigas preferisse que tivesse acontecido mais cedo.²

O impacto social e da relação com o grupo de pares nesta questão do corpo, da percepção corporal e da sexualidade podem expor os adolescentes a comportamentos de risco. No género feminino provavelmente esta questão ainda é mais acentuada. Embora alguns estudos não confirmem a relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o aumento dos comportamentos de risco^{8,9}, outros mostram que adolescentes do sexo feminino com obesidade extrema têm quatro vezes mais probabilidade de terem relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas¹⁰, potenciando outros riscos, como o não uso de preservativo. Mas ao mesmo tempo, alguns autores descrevem que uma menor proporção de adolescentes com excesso de peso tiveram experiências de namoro¹¹, o que diminui a aquisição de competências e dificulta o lidar com situações de exposição ao namoro e à sexualidade futuras.

O uso de contraceção, de acordo com alguns estudos, também sofre influência do peso. Segundo McKeating et al a maior frequência de gravidez não planeada em mulheres obesas estava associada a uma menor taxa de utilização de contraceptivos e uma maior taxa de falhas dos mesmos.¹² Vários outros estudos^{13,14,15,16} confirmam a menor taxa de utilização de contraceção e do preservativo em adolescentes com excesso de peso.

Outros comportamentos sexuais de risco associados à obesidade são o início da atividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais ou sexo sob influência de álcool ou drogas.^{13,14,17} O mesmo parece ser verdade para as raparigas com menarca precoce, que estarão mais expostas ao início da atividade sexual e também à obesidade/excesso de peso.¹⁸

Verifica-se, contudo, que a percepção da imagem corporal tem impacto no que respeita à sexualidade. As adolescentes com excesso de peso mais frequentemente reportam insatisfação com o peso em comparação com os seus pares.¹¹ Akers et al concluíram que raparigas que consideravam ter excesso de peso tinham menos probabilidade de já terem iniciado a sua atividade sexual.⁷ No entanto, as raparigas que se consideravam nos extremos de peso⁷ ou menor autoestima corporal¹⁹ mais frequentemente reportavam comportamentos de risco (coitarca mais precoce, maior números de parceiros, não utilização de preservativo). Na verdade, parece que percepção da mulher em relação ao peso e à imagem poderão influenciar os riscos a nível sexual.²⁰

1.3- Crenças e Valores sobre sexualidade

Sendo a sexualidade parte inerente do desenvolvimento humano, as crenças e os valores que com ela se relacionam estão intimamente ligados a fatores sociais e culturais a que somos expostos durante o desenvolvimento, incluindo a adolescência.

Os papéis de género, masculino e feminino, estão ainda muito vinculados a nível social, sendo difícil dissociar, no universo feminino, a sexualidade de temas como a maternidade e o aborto. Um conjunto de variáveis pessoais, relacionais e sociais moldam os processos de decisão ligados a estas questões²¹, facilitando ou dificultando o processo.

Não é clara a influência do peso corporal nestas crenças e valores, se é que existe, mas alguns estudos demonstram que os adolescentes obesos estão mais sujeitos a vitimização pelos seus pares, a relações sociais mais instáveis e ao ostracismo social.^{22,23} Isto pode levar a modulação e alteração em alguns valores e crenças, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade.

A influência cultural e social na área da sexualidade também tem sido demonstrada em alguns trabalhos, como Leech et al, que mostraram que as implicações de ser obeso durante a adolescência dependem do significado cultural da obesidade.⁷ Neste estudo, as adolescentes obesas de raça caucasiana apresentavam maior frequência de múltiplos parceiros e sexo com parceiros mais velhos e também menor probabilidade de usar preservativo quando comparadas com as adolescentes obesas de raça negra. Estes fatores não estavam significativamente associados ao peso na raça negra.

1.4- O Espaço Jovem

Este estudo decorreu no *Espaço Jovem*.

O *Espaço Jovem* é um Centro de Atendimento a Jovens, que funciona na Maternidade Júlio Dinis desde 1994 em protocolo com a Associação para o Planeamento da Família. Desde 2009 passou a integrar o Centro Hospitalar do Porto, estando atualmente a funcionar no Centro Materno Infantil do Norte.

Os Centros de Atendimento a Jovens estão contemplados na lei portuguesa desde 1984 (Decreto-Lei 3/84 e Portaria 52/85) e regem-se por regras próprias. Neste atendimento, uma equipa de Ginecologista/Obstetra, Enfermeira e Psicóloga Clínica com formação em atendimento a jovens, pretende prestar apoio a jovens de ambos os sexos até aos 25 anos, na área da saúde sexual e reprodutiva, assegurando privacidade, confidencialidade, acesso gratuito e anonimato, respeitando os seus valores culturais e religiosos. Atualmente funciona quatro períodos por semana, com 25 vagas por período de atendimento, preenchidas por ordem de chegada.

Do mesmo modo pretende dar apoio à comunidade, realizando sessões de educação para a saúde sempre que solicitado, na área da sexualidade e do planeamento familiar, em escolas

.

Durante o ano de 2015 efetuou 3183 atendimentos, dos quais 703 primeiras consultas; já no ano de 2016 o total de atendimentos foi 1840, com 382 novos utentes.

Capítulo 2 – Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é avaliar a existência de associação entre os valores e crenças sobre sexualidade, a vivência da mesma e o IMC e a percepção da imagem corporal das adolescentes.

Os objetivos específicos são:

1. a caracterização da amostra, relativamente a dados demográficos, clínicos e percepção corporal
2. avaliar a relação entre o IMC e a percepção da imagem corporal com a idade à data da primeira relação sexual, o número de parceiros, o uso de contraceção, o uso de preservativo, o uso de substâncias e o score obtido no Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto (QVC).

Capítulo 3 – Metodologia

3.1- Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, comparativo e correlacional.

3.2- População

Foram incluídas no estudo as utentes do sexo feminino entre os 15 e os 19 anos que recorreram pela primeira vez à consulta do *Espaço Jovem*, durante um período de 12 meses consecutivos (Março de 2015 a Fevereiro de 2016) e que, após explicação dos objetivos do trabalho, da confidencialidade e anonimato do mesmo, manifestaram o seu consentimento verbal.

A amostragem foi não probabilística e de conveniência. Foram excluídas as utentes que não manifestaram o seu consentimento, de outra nacionalidade que não portuguesa, portadoras de défices cognitivos ou iletradas.

Das 615 primeiras consultas realizadas no *Espaço Jovem* durante este período, 244 (39,7%) corresponderam a utentes do sexo feminino com idades entre os 15 e os 19 anos. Destas, foram excluídas 51 (20,9%) por apresentarem critérios de exclusão. A taxa de recusa de participação foi de 5,2% (10 casos). Três questionários foram excluídos por preenchimento incompleto dos dados.

No final foram incluídas 180 participantes neste estudo.

3.3- Avaliação

A avaliação de todas as participantes englobou a avaliação antropométrica (medição da estatura e peso corporal, para determinação do IMC e a medição do Perímetro da Cintura (PC)); um questionário de autopreenchimento, com avaliação de características sociodemográficas e clínicas; o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto e a percepção da imagem corporal.²¹

3.3.1- Avaliação Antropométrica

A avaliação antropométrica obedeceu às recomendações do Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil da Direção Geral de Saúde-Instituto Nacional Ricardo Jorge.²⁴

IMC

Para o cálculo do peso (P), registado em quilogramas (Kg) foi utilizada uma balança digital, com precisão de 100 gramas. A estatura (A) foi registada em centímetros (cm) com aproximação de 0,1 cm, no ponto mais elevado do crânio, em posição ortostática, sem sapatos, com os pés unidos e com a cabeça no plano de Frankfurt. Estes dois valores foram utilizados para o cálculo do IMC através da fórmula: P/A^2 , com registo do peso em Kg e da estatura em metros (m), com um valor final em Kg/m^2 .

O IMC foi interpretado de acordo com as curvas de percentis do IMC (Anexo I), para a idade, da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando quatro categorias: obesidade (\geq percentil 97), excesso de peso (\geq percentil 85), peso normal (percentil >3 e <85) e abaixo do peso normal (\leq percentil 3).

De forma a ajustar de modo mais preciso a avaliação do IMC para a idade, foram considerados os z-scores do IMC da OMS²⁵ (Anexo II) para a realização dos cálculos do

IMC. Segundo esta classificação a amostra foi dividida em quatro categorias, sempre ajustadas à idade:

1. Obesidade (IMC igual ou superior a 2 desvio-padrão (DP))
2. Excesso de peso ($IMC \geq 1DP$ e $< 2DP$)
3. Peso ($IMC \geq -2DP$ e $< 1 DP$)
4. Magreza ($IMC < -2DP$)

Perímetro da Cintura

Para a avaliação do Perímetro da Cintura foi utilizado o método de Cameron, com medição ao nível do bordo superior da crista ilíaca, com registo em centímetros, com aproximação de 0,5 cm.

A classificação do PC foi feita de acordo com as curvas de percentil de perímetro abdominal adaptado de Sardinha et al²⁶ (Anexo III). Foram utilizadas estas curvas de percentil por se adaptarem melhor à população portuguesa.²⁷ Foi considerada existência de obesidade abdominal sempre que o valor registado foi igual ou superior ao percentil 90 para a idade.

3.3.1- Questionário Sociodemográfico e Clínico

Foi aplicado a todas as participante um questionário de autopreenchimento com o objetivo de avaliação características sociodemográficas e características clínicas (Anexo IV).

Nos parâmetros sociodemográficos foram incluídos:

- Idade (data de nascimento)
- Ocupação (estudante, trabalhador-estudante, trabalhadora)
- Escolaridade (ensino básico, secundário ou universitário e respectivo ano)
- Religião
- Escolaridade dos Pais
- Consumo de substâncias (tabaco, álcool, drogas)

Nos parâmetros clínicos foram incluídos:

- Início das relações sexuais
- Idade à data da primeira relação sexual
- Número de parceiros sexuais
- Uso de contraceção
- Uso do preservativo
- História Obstétrica (Gravidez; Aborto)

3.3.3- Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto

Foi também aplicado o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto²¹ (Anexo V), validado para a população feminina portuguesa entre os 13 e os 62 anos.

Este questionário é composto por 17 questões que devem ser respondidas numa escala de Likert de cinco pontos: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente. A cotação para cada questão varia entre 1 e 5, respetivamente.

As questões dividem-se em cinco subescalas:

1. Maternidade (questões 13, 14, 15, 16 e 17); Score 5 a 25
2. Reprodução (questões 1, 5 e 10); Score 3 a 15
3. Afetividade (questões 6,7 e 9); Score 3 a 15
4. Aborto (questões 8,11 e 12); Score 3 a 15
5. Prazer (questões 2, 3 e 4); Score 3 a 15

Foi considerado que quanto mais alta fosse a pontuação nas diferentes subescalas, maiores seriam as crenças em torno da maternidade como projeto principal da condição feminina; da reprodução como função primordial da sexualidade feminina; da sexualidade

como partilha de afetos; piores as representações sobre o aborto; e maiores as crenças em considerar o prazer como função primordial na sexualidade feminina.

3.3.4- Avaliação da Percepção da Imagem Corporal

Stunkard et al²⁸ propuseram uma escala de nove silhuetas, que representa um contínuo desde a magreza (silhueta 1) até à obesidade severa (silhueta 9), de forma a avaliar a percepção/satisfação da imagem corporal de cada indivíduo (Anexo VI).

A cada participante foi pedido para escolher o número da silhueta mais adequado para responder a três questões:

1. Como és?: Avaliação da sua aparência corporal real - Percepção da Imagem Corporal Real (PICR)
2. Como gostarias de ser?: Avaliação da sua aparência corporal ideal - Percepção da Imagem Corporal Ideal (PICI).
3. Como é que os outros te veem?: Avaliação da aparência corporal percebida pelos outros - Percepção da Imagem Corporal pelo Outros (PICO).

A avaliação da satisfação corporal efetua-se subtraindo-se ao número da silhueta da aparência corporal real o da aparência corporal ideal, variando entre -8 a +8.

A classificação da satisfação com a aparência divide-se em 3 grupos:

- Satisfeito (variação igual a zero)
- Insatisfeito pelo excesso de peso (variação positiva)
- Insatisfeito pela magreza (variação negativa)

3.4- Procedimentos

O Projeto de Investigação foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Foi igualmente aprovado pelo Conselho Científico e autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto.

A recolha dos dados foi efetuada num período de doze meses consecutivos (Março de 2015 a Fevereiro de 2016), durante o horário de atendimento do *Espaço Jovem*, com periodicidade diária de segunda a sexta-feira.

Todas as participantes elegíveis para o estudo foram informadas sobre o objetivo da investigação, a confidencialidade dos dados e o anonimato inerente à participação.

O consentimento informado verbal foi obtido em todas as participantes do estudo, e registado no processo do centro de atendimento.

A recolha dos dados antropométricos foi efetuada e registada pela enfermeira adstrita ao atendimento, com treino específico prévio.

Os questionários foram respondidos de forma individual, em sala anexa à do atendimento, durante cerca de 10 minutos.

3.4.1-Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi efetuada com a aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Foi utilizado um nível de significância de $\alpha=0,05$.

Para análise descritiva da amostra dos dados foi efetuado cálculo das frequências e percentagens para variáveis categoriais; médias e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartis para variáveis contínuas.

Na comparação de grupos, para variáveis categoriais foi utilizado o Teste do Qui-quadrado ou, quando necessário, o Teste Exato de Fisher. Para variáveis contínuas foi utilizada a Análise de Variância – ANOVA ou o Teste de Kruskal-Wallis na comparação de variáveis contínuas de distribuição não normal.

Foi utilizada regressão logística para análise multivariada.

Capítulo 4 – Resultados

4.1- Caracterização da População

A amostra foi constituída por 180 adolescentes do sexo feminino entre os 15 e os 19 anos. A média de idade foi de 17,2 (\pm 1,3) anos.

Tabela 1. Distribuição da amostra por idade

Idade	N	%
15	24	13,3
16	34	18,9
17	43	23,9
18	46	25,6
19	33	18,3

Tabela 2. Distribuição da amostra por ocupação

Ocupação	n	%
Estudante	167	92,8
Trabalhadora-estudante	4	2,2
Trabalhadora	9	5,0

A maioria das adolescentes era estudante (92,8%) e frequentava o ensino secundário (61,2%).

Tabela 3. Distribuição da amostra por escolaridade

Escolaridade	N	%
Ensino Básico-1º ciclo	2	1,1
Ensino Básico-2ºciclo	42	23,3
Ensino Secundário	110	61,2
Ensino Superior	26	14,4

Na maioria dos casos a escolaridade dos pais destas adolescentes correspondia ao 2º ciclo do ensino básico (38,8% para o pai, 40% para a mãe), seguida do ensino secundário (27,5% para o pai, 29,4% para a mãe).

Tabela 4. Distribuição da amostra por escolaridade dos pais

Escolaridade	Pai n (%)	Mãe n (%)
Ensino Básico-1º ciclo	33 (20,5)	29 (17,1)
Ensino Básico-2ºciclo	62 (38,8)	68 (40,0)
Ensino Secundário	44 (27,5)	50 (29,4)
Ensino Superior	21 (13,2)	23 (13,5)

20 missing para Pai; 10 missing para Mãe

A amostra foi avaliada quanto ao IMC de acordo com as curvas de percentil de IMC da OMS para a idade (Anexo I), considerando quatro categorias: obesidade, excesso de peso, peso normal e abaixo do peso normal.

A média de IMC foi de $23,0 \pm 4,4 \text{ Kg/m}^2$ (mínimo (min) $16,5 \text{ Kg/m}^2$ - máximo (máx) 41 Kg/m^2).

Tabela 5. Distribuição da amostra por IMC

IMC	n	%
Abaixo do peso normal	1	0,6
Peso normal	140	77,7
Excesso de peso	29	16,1
Obesidade	10	5,6

Para ajuste mais preciso do IMC para a idade, foram considerados os z-scores do IMC da OMS (Anexo II), sendo a amostra também dividida em quatro categorias: obesidade, excesso de peso, peso normal e magreza. Não se verificou a existência de nenhum caso de magreza.

Tabela 6. Distribuição da amostra por z-score do IMC

	n	%
Peso normal	131	72,8
Excesso de peso	34	18,9
Obesidade	15	8,3

A classificação do PC foi feita de acordo com as curvas de percentil de perímetro da cintura adaptado de Sardinha et al (Anexo III). Foi considerada existência de obesidade abdominal sempre que o valor registado foi igual ou superior ao percentil 90 para a idade. Nesta análise não foram consideradas as adolescentes com 19 anos de idade (n=33), por as curvas de percentis utilizadas abrangerem o intervalo etário dos 10 aos 18 anos.

Tabela 7. Distribuição da amostra por Percentis do Perímetro da Cintura

Percentil	n	%
<50	16	10,9
>50	35	23,8
>75	17	11,6
>90	79	53,7

Mais de metade da amostra reportava consumo de álcool (58,3%) e 40,6% consumo de tabaco. A grande maioria das adolescentes não tinha consumo de drogas (93,9%).

Tabela 8. Distribuição da amostra por consumo de tabaco, álcool e drogas

	Sim (%)	Não (%)
Tabaco	73 (40,6)	107 (59,4)
Álcool	105 (58,3)	75 (41,7)
Drogas	11 (6,1)	169 (93,9)

O início das relações sexuais tinha já ocorrido em 147 adolescentes (81,7%), sendo a média de idade à data da primeira relação sexual $15,5 \pm 1,7$ anos (min 8 anos, máx 19 anos), com uma mediana de 16 anos. Em mais de metade dos casos (54,2%) a primeira relação sexual ocorreu de forma inesperada e só 14,3% não usou qualquer método contraceptivo, sendo a taxa de utilização do preservativo reportada superior a 80%, associado, ou não a outros métodos.

Tabela 9. Distribuição da amostra pelo início das relações sexuais

Início das Relações Sexuais	n	%
Sim	147	81,7
Não	33	18,3

Tabela 10. Planeamento da primeira relação sexual

	n	%
Inesperada	71	54,2
Planeada	60	45,8

16 casos *missing*

Tabela 11. Contraceção na primeira relação sexual

Contraceção	N	%
Nenhuma	21	14,3
Pílula	8	5,4
Pílula e Preservativo	18	12,2
Preservativo	100	68,0

Cerca de 10% das adolescentes com atividade sexual tiveram 4 ou mais parceiros, sendo que cerca de metade assinalou ter tido 1 só parceiro.

Tabela 12. Número de parceiros

Parceiros	n	%
1	73	49,7
2 ou 3	58	39,5
4 ou 5	9	6,1
5 a 9	2	1,4
Mais de 10	4	2,7

1 caso *missing*

Na última relação sexual mais de um terço (34,1%) da amostra com atividade sexual não utilizou qualquer método contraceptivo; a taxa de utilização de preservativo foi de 44,3%. Quando questionadas sobre o uso do preservativo, mais de metade das adolescentes com atividade sexual afirmava ter deixado de usar ou utilizar às vezes. O motivo principal para a não utilização do preservativo foi o “confio no parceiro” (37,7%, n=29), seguido de “retira prazer” (23,3%, n=18).

Tabela 13. Contraceção na última relação sexual

Contraceção	n	%
Nenhuma	50	34,1
Pílula	32	21,8
Pílula e Preservativo	17	11,6
Preservativo	48	32,7

Tabela 14. Uso do Preservativo

Preservativo	N	%
Nunca	15	10,3
Sempre	53	36,6
Às vezes/Deixei de Usar	77	53,1

2 casos *missing*

A contraceção de emergência foi usada por 36 participantes (20%), num único episódio em 75% dos casos.

Foram reportados 13 casos (7,2%) de gravidez na amostra, que em 61,5% (n=8) terminaram com interrupção por opção das adolescentes

4.2- Comparação entre Grupos

Para avaliação do impacto do IMC nos diferentes parâmetros avaliados foram considerados os grupos obtidos de acordo com o z-score do IMC para a idade da OMS e para o impacto da imagem corporal foram considerados os grupos de acordo com a satisfação ou insatisfação relativamente à imagem corporal.

4.2.1- Parâmetros Sociodemográficos e Clínicos

Avaliando a média de idade nos diferentes grupos z-score do IMC verificou-se uma diminuição da média de idade à medida que aumentava o z-score. O grupo da obesidade apresentava a média de idade mais baixa, $16,5 \pm 1,2$ anos.

Tabela 15. Média de idade dos grupos z-score do IMC

	Média de idade	Desvio Padrão (DP)	n
Peso normal	17,3	1,3	131
Excesso de peso	16,9	1,2	34
Obesidade	16,5	1,2	15

p=0,032

Não se verificaram diferenças entre os grupos z-score relativamente à escolaridade dos pais.

Tabela 16. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a escolaridade do pai

	Ensino Básico 1º ciclo n (%)	Ensino Básico 2º ciclo n (%)	Ensino Secundário n (%)	Ensino Universitário n (%)
Peso normal	24 (19,5)	51 (43,2)	31 (26,3)	13 (11,0)
Excesso de peso	5 (16,1)	9 (29,0)	10 (32,3)	7 (22,6)
Obesidade	4 (40,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	1 (10,0)

21 casos *missing*; p=não significativo (ns)

Tabela 17. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a escolaridade da mãe

	Ensino Básico 1º ciclo n (%)	Ensino Básico 2º ciclo n (%)	Ensino Secundário n (%)	Ensino Universitário n (%)
Peso normal	21 (16,9)	52 (41,9)	37 (29,8)	14 (11,3)
Excesso de peso	5 (15,6)	13 (40,6)	6 (18,8)	8 (25,0)
Obesidade	3 (21,4)	3 (21,4)	7 (50,0)	1 (7,1)

10 casos *missing*; p=ns

Relativamente ao início das relações sexuais, foi verificado uma diminuição da proporção de adolescentes que já tinha iniciado a sua atividade sexual à medida que o peso aumentava (86,3% para o grupo do Peso Normal vs 53,3% para o grupo da Obesidade).

Tabela 18. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com o início das relações sexuais

	Não n (%)	Sim n (%)
Peso normal	18 (13,7)	113 (86,3)
Excesso de peso	8 (23,5)	26 (76,5)
Obesidade	7 (46,7)	8 (53,3)

p=0,005

Dado o grupo da Obesidade apresentar média de idade mais baixa que os restantes grupos, foi efetuado o cálculo do início das relações sexuais de acordo com a idade. Não se verificaram diferenças na proporção de adolescentes que já tinha iniciado as relações sexuais entre as várias idades.

Tabela 19. Distribuição dos grupos por idade de acordo com o início das relações sexuais

Idade	Não n (%)	Sim n (%)
15	6 (25,0)	18 (75,0)
16	6 (17,6)	28 (82,4)
17	10 (23,3)	33 (76,7)
18	7 (15,2)	39 (84,8)
19	4 (12,1)	29 (87,9)

p=ns

Foi efetuada uma análise multivariada por regressão logística para calcular a probabilidade de ocorrer o início das relações sexuais, de acordo com os grupos z-score e a idade, verificando-se uma probabilidade cerca de 80% inferior ($p=0,007$) no grupo da Obesidade de iniciar atividade sexual quando ajustado para idade.

Tabela 20. Relação entre o z-score do IMC e início das relações sexuais ajustado para a idade

	Odds Ratio (OR)	Intervalo Confiança (IC) a 95%	p
z-score			
Peso Normal	1	-	0,022
Excesso de peso	0,56	0,22-1,47	ns
Obesidade	0,20	0,06-0,644	0,007
Idade			
15	1	-	ns
16	1,39	0,37-5,22	ns
17	0,99	0,30-3,36	ns
18	1,5	0,42-5,49	ns
19	1,69	0,40-7,21	ns

Verificou-se uma tendência para a diminuição da média de idade à data da primeira relação à medida que o z-score ia aumentando: $14,3 \pm 1,6$ anos para o grupo da obesidade vs $15,7 \pm 1,8$ anos para o grupo de peso normal.

Tabela 21. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de idade à data da primeira relação sexual

	Média de idade	DP	n
Peso normal	15,7	1,8	112
Excesso de peso	15,4	1,5	25
Obesidade	14,3	1,6	8

2 casos *missing*, $p=0,067$

Verificou-se que a média de idade à data da primeira relação sexual aumentava à medida que a idade aumentava também.

Tabela 22. Distribuição dos grupos por idade de acordo com a idade à data da primeira relação sexual

Idade	Idade média	DP	n
15	13,9	1,3	17
16	15,0	1,0	28
17	15,2	1,4	33
18	16,1	1,8	38
19	16,8	1,6	29

2 casos *missing*; $p<0,001$

Relativamente ao planeamento da primeira relação sexual, 80% das adolescentes do grupo da obesidade reportaram ter sido planeado vs 44,1% e 45,8% nos grupos do peso normal e excesso de peso, respetivamente, embora a diferença não fosse significativa.

Tabela 23. Distribuição dos grupos z-score do IMC por planejamento da primeira relação sexual

	Inesperada n (%)	Planeada n (%)
Peso normal	57 (55,9)	45 (44,1)
Excesso de peso	13 (54,2)	11 (45,8)
Obesidade	1 (20,0)	4 (80,0)

6 casos *missing*; p=ns

Não houve diferenças estatísticas na utilização de contraceção e no uso de preservativo quer na primeira relação sexual quer na última, entre os diferentes grupos. O mesmo se verificou no uso habitual do preservativo.

Tabela 24. Distribuição dos grupos z-score do IMC por contraceção na primeira relação sexual

	Não n (%)	Sim n (%)
Peso normal	16 (14,2)	97 (85,8)
Excesso de peso	4 (15,4)	22 (84,6)
Obesidade	1 (12,5)	7 (87,5)

p=ns

Tabela 25. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo na primeira relação sexual

	Não n (%)	Sim n (%)
Peso normal	23 (20,4)	90 (79,6)
Excesso de peso	5 (19,2)	21 (80,8)
Obesidade	1 (12,5)	7 (87,5)

p=ns

Tabela 26. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de contraceção na última relação sexual

	Não n (%)	Sim n (%)
Peso normal	38 (33,6)	75 (66,4)
Excesso de peso	8 (30,8)	18 (69,2)
Obesidade	4 (50,0)	4 (50,0)

p=ns

Tabela 27. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo na última relação

	Não n (%)	Sim n (%)
Peso Normal	67 (59,3)	46 (40,7)
Excesso de peso	10 (38,5)	16 (61,5)
Obesidade	5 (62,5)	3 (37,5)

p=ns

Tabela 28. Distribuição dos grupos z-score do IMC por uso de preservativo

	Nunca n (%)	Sempre n (%)	Às vezes/ Deixei de usar n (%)
Peso normal	10 (9,0)	39 (35,1)	62 (55,9)
Excesso de peso	4 (15,4)	13 (50,0)	9 (34,6)
Obesidade	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75,0)

2 casos *missing*; p=ns

Relativamente ao número de parceiros sexuais, as adolescentes com excesso de peso ou obesidade referiram um número maior de parceiros quando comparadas com as de peso normal.

Tabela 29. Distribuição dos grupos z-score do IMC por número de parceiros sexuais

	1 n (%)	2 a 3 n (%)	>4 n (%)
Peso normal	59 (52,7)	51 (45,5)	2 (1,8)
Excesso de peso	12 (46,2)	14 (53,8)	0 (0)
Obesidade	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)

1 caso *missing*; p=0,048

4.2.2- Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto

O Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto²¹ (Anexo V), validado para a população feminina portuguesa entre os 13 e os 62 anos foi aplicado à amostra, sendo as 17 questões respondidas numa escala de Likert de cinco pontos: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente (cotação de 1 a 5, respetivamente). Este questionário é dividido em 5 subescalas, sendo calculada a cotação de cada escala e média de cotação para cada grupo z-score.

Não se verificaram diferenças na média de cotação entre os grupos para todas as subescalas do questionário.

Tabela 30. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação - Subescala Maternidade

	Média de cotação	DP	N
Peso normal	14,5	4,4	129
Excesso de peso	13,2	4,8	33
Obesidade	14,7	4,8	12
Amostra Total	14,2	4,5	174

6 casos *missing*, p=ns

Tabela 31. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação - Subescala Reprodução

	Média de cotação	DP	N
Peso normal	7,6	2,7	124
Excesso de peso	7,9	2,7	33
Obesidade	7,7	2,1	13
Amostra Total	7,7	2,6	170

10 casos *missing*, p=ns

Tabela 32. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação - Subescala Afetividade

	Média de cotação	DP	n
Peso normal	12,3	2,4	129
Excesso de peso	11,9	2,1	33
Obesidade	11,4	2,4	14
Amostra Total	12,1	2,3	176

4 casos *missing*, p=ns

Tabela 33. Distribuição dos grupos z-score do IMC por média de cotação - Subescala Aborto

	Média de cotação	DP	n
Peso normal	11,3	2,1	127
Excesso de peso	11,4	2,6	33
Obesidade	10,7	2,1	13
Amostra Total	11,3	2,2	173

7 casos *missing*, p=ns

Tabela 34. Distribuição dos grupos Z-score do IMC por média de cotação - Subescala Prazer

	Média de cotação	DP	n
Peso normal	10,6	1,7	129
Excesso de peso	10,6	1,8	33
Obesidade	10,9	1,6	14
Amostra Total	10,6	1,7	176

4 casos *missing*, p=ns

4.2.3- Avaliação da Percepção da Imagem Corporal

A percepção da imagem corporal foi avaliada através das silhuetas de Stunkard²⁸ (Anexo VI), em três questões para 1. aparência corporal real, 2. aparência corporal ideal e 3. aparência corporal percebida pelos outros.

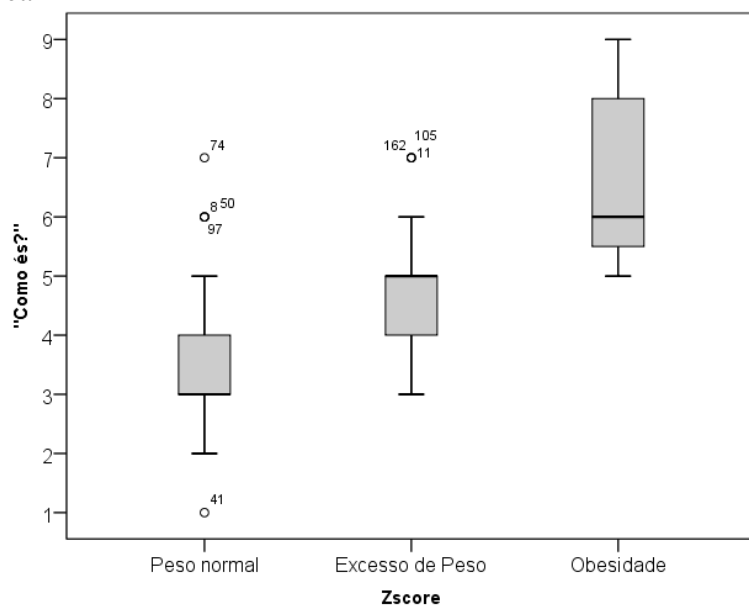
A avaliação da satisfação corporal foi calculada pela diferença entre a aparência corporal real e a ideal, classificando-se a amostra em três grupos: satisfeito (variação igual a zero), insatisfeito pelo excesso de peso (variação positiva) e insatisfeito pela magreza (variação negativa).

O mesmo cálculo foi efetuado para a avaliação da satisfação corporal baseada na percepção da imagem corporal pelos outros (diferença entre a aparência corporal real e a percebida pelos outros).

Ambas as avaliações da satisfação corporal foram comparadas para os diferentes grupos de z-score do IMC.

A percepção da aparência corporal real foi aumentando nos diferentes grupos z-score, sendo o número da silhueta identificada maior à medida que o IMC foi aumentando (mediana 3 para o peso normal, mediana 5 para o excesso de peso e mediana 6 para a obesidade)

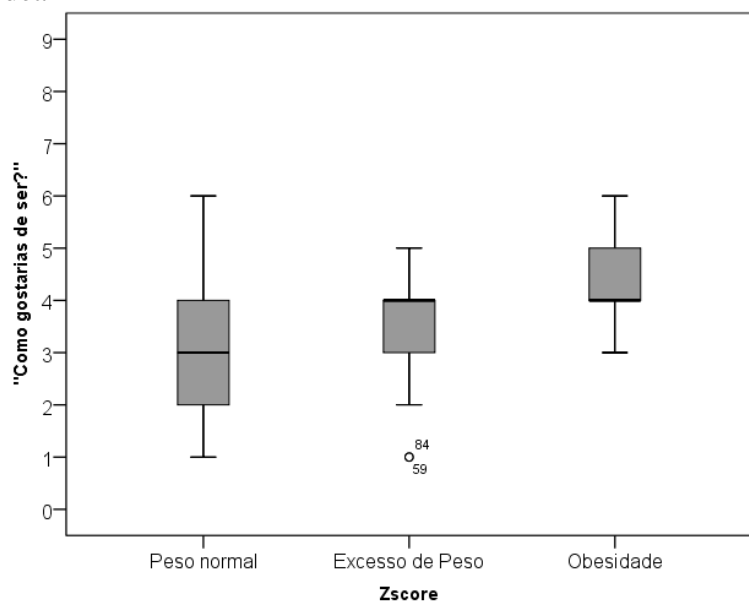
Gráfico 1. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da aparência corporal real



$p < 0,001$

A percepção da aparência corporal ideal foi também diferente nos vários grupos z-score, sendo a mediana 3 para o peso normal, mediana 4 para o excesso de peso e a obesidade.

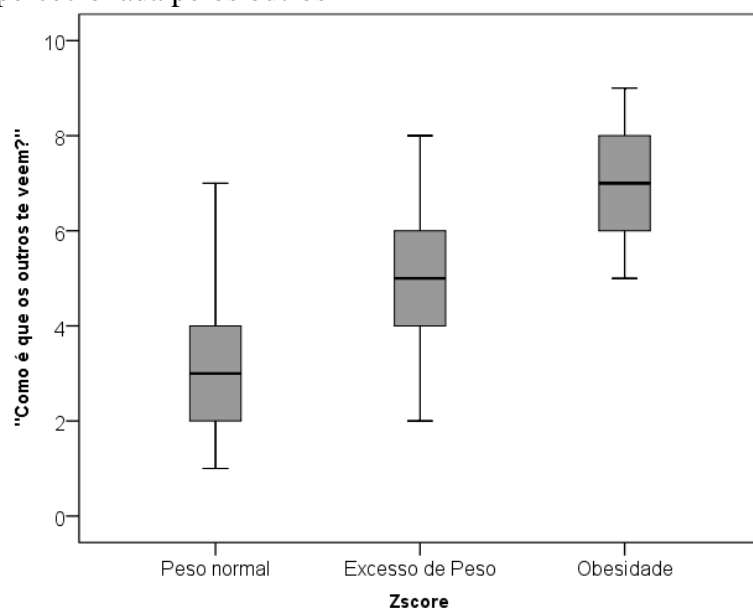
Gráfico 2. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da aparência corporal ideal



$p < 0,001$

Quanto à avaliação da aparência corporal percebida pelos outros foi igualmente diferente nos vários grupos z-score, sendo a mediana 3 para o peso normal, 5 para o excesso de peso e 7 para a obesidade.

Gráfico 3. Distribuição dos grupos z-score do IMC pela avaliação da imagem corporal percebida pelos outros



$p < 0,001$

Quanto à satisfação corporal, verificou-se um aumento da insatisfação para excesso de peso de acordo com os diferentes grupos de z-score, com 88,2% das adolescentes com excesso de peso e 100% das adolescentes do grupo da obesidade a assinalarem essa insatisfação.

Tabela 35. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a satisfação corporal

	Insatisfeita – magreza n (%)	Satisfeita n (%)	Insatisfeita - excesso de peso n (%)
Peso normal	30 (22,9)	60 (45,8)	41 (31,3)
Excesso de peso	0 (0)	4 (11,8)	30 (88,2)
Obesidade	0 (0)	0 (0)	15 (100)

$p < 0,001$

No que diz respeito à satisfação corporal baseada na percepção da imagem corporal pelos outros, também foi registrado um aumento da insatisfação com o excesso de peso para os grupos das adolescentes do excesso de peso (20,6%) e para as do grupo da obesidade (33,3%) quando comparadas com as adolescentes de peso normal.

Tabela 36. Distribuição dos grupos z-score do IMC de acordo com a satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros

	Insatisfeita – magreza n (%)	Satisfeita n (%)	Insatisfeita - excesso de peso n (%)
Peso normal	39 (29,8)	82 (62,6)	10 (7,6)
Excesso de peso	9 (26,5)	18 (52,9)	7 (20,6)
Obesidade	1 (6,7)	9 (60,0)	5 (33,3)

p<0.001

Para avaliação do impacto da imagem corporal nas crenças e vivência da sexualidade dividiu-se a amostra total (n=180) em 3 grupos (satisfeita, insatisfeita pelo excesso de peso, insatisfeita pela magreza), de acordo com a sua avaliação da satisfação corporal e da satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros.

A proporção de adolescentes que já tinha iniciado relações sexuais era significativamente maior no grupo das insatisfeitas pela magreza e ia diminuindo à medida que se encontravam satisfeitas com a aparência corporal ou insatisfeitas pelo excesso de peso.

Tabela 37. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o início das relações sexuais

	Não n (%)	Sim n (%)
Insatisfeita – magreza	1 (3,3)	29 (96,7)
Satisfeita	9 (14,1)	55 (85,9)
Insatisfeita - excesso de peso	23 (26,7)	63 (73,3)

p=0,008

O mesmo não se verificou quando comparados os grupos de acordo com a satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros, não se verificando diferenças na proporção de adolescentes que já tinha iniciado relações sexuais.

Tabela 38. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o início das relações sexuais

	Não n (%)	Sim n (%)
Insatisfeita – magreza	6 (27,3)	16 (72,7)
Satisfeita	20 (18,3)	89 (81,7)
Insatisfeita - excesso de peso	7 (14,3)	42 (85,7)

p=ns

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para satisfação corporal relativamente à média de idade à data da primeira relação sexual, no número de parceiros e no uso do preservativo.

Tabela 39. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com a média de idade à data do início das relações sexuais

	Média de idade	DP	n
Insatisfeita – magreza	15,3	1,8	28
Satisfeita	15,8	1,8	54
Insatisfeita - excesso de peso	15,4	1,6	63
Total Amostra	15,6	1,7	145

2 casos *missing*, p=ns

Tabela 40. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o número de parceiros

	1 n (%)	2 a 3 n (%)	>4 n (%)
Insatisfeita – magreza	16 (55,2)	12 (41,4)	1 (3,4)
Satisfeita	29 (52,7)	25 (45,5)	1 (1,8)
Insatisfeita - excesso de peso	28 (45,2)	32 (51,6)	2 (3,2)

1 caso *missing*, p=ns

Tabela 41. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com o uso do preservativo

	Nunca n (%)	Sempre n (%)	Às vezes/Deixei de usar n (%)
Insatisfeita – magreza	4 (13,8)	6 (20,7)	19 (65,5)
Satisfeita	3 (5,5)	25 (45,5)	27 (49,1)
Insatisfeita - excesso de peso	8 (13,1)	22 (36,1)	31 (50,8)

2 casos *missing*, p=ns

Nos grupos da satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros, não houve diferenças no número de parceiros sexuais. No entanto, nestes grupos, verificou-se que as adolescentes com insatisfação pela magreza tinham tendência para média de idade à data da primeira relação sexual inferior às restantes e maior proporção das adolescentes com insatisfação pelo excesso de peso reportava uso irregular ou abandono do uso do preservativo.

Tabela 42. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com a média de idade à data do início das relações sexuais

	Média de idade	DP	n
Insatisfeita – magreza	14,7	1,2	16
Satisfeita	15,7	1,7	87
Insatisfeita - excesso de peso	15,5	1,9	42
Total Amostra	15,5	1,7	145

2 casos *missing*, p=0,09

Tabela 43. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o número de parceiros

	1 n (%)	2 a 3 n (%)	>4 n (%)
Insatisfeita – magreza	5 (31,3)	10 (62,5)	1 (6,3)
Satisfeita	48 (54,5)	37 (42,0)	3 (3,4)
Insatisfeita - excesso de peso	20 (47,6)	22 (52,4)	0 (0)

1 caso *missing*, p=ns

Tabela 44. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com o uso do preservativo

	Nunca n (%)	Sempre n (%)	Às vezes/Deixei de usar n (%)
Insatisfeita – magreza	5 (33,3)	4 (26,7)	6 (40,0)
Satisfeita	6 (6,8)	38 (43,2)	44 (50,0)
Insatisfeita - excesso de peso	4 (9,5)	11 (26,7)	27 (64,3)

2 casos *missing*, $p=0,024$

Quanto ao questionário QVC, verificou-se que não havia diferenças na média de cotação das subescalas Afetividade, Aborto e Prazer entre os diferentes grupos. Os grupos com insatisfação corporal pela magreza e pelo excesso de peso obtiveram média de cotações mais elevadas para as subescalas Maternidade e Reprodução, quer na autoavaliação da percepção da imagem corporal, quer na avaliação da percepção da sua imagem corporal pelos outros. Na subescala Maternidade a diferença de média de cotação foi ainda mais acentuada, com o grupo das insatisfeitas pela magreza baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros, a obter média de cotação superior aos restantes grupos.

Tabela 45. Distribuição dos grupos de satisfação corporal de acordo com média de cotação nas subescalas do QVC

	Insatisfeita – magreza média (\pm DP)	Satisfeita média (\pm DP)	Insatisfeita - excesso de peso média (\pm DP)	Amostra total média (\pm DP)	p
Maternidade	14,2 (\pm 4,5)	13,6 (\pm 4,5)	14,2 (\pm 4,4)	14,2 (\pm 4,5)	0,097
Reprodução	8,2 (\pm 3,0)	7,0 (\pm 2,4)	8,0 (\pm 3,0)	7,6 (\pm 2,6)	0,038
Afetividade	12,5 (\pm 3,0)	12,3 (\pm 2,0)	11,8 (\pm 2,3)	12,1 (\pm 2,3)	ns
Aborto	11,4 (\pm 2,4)	11,4 (\pm 1,9)	11,2 (\pm 2,3)	11,3 (\pm 2,3)	ns
Prazer	10,4 (\pm 1,5)	10,5 (\pm 1,8)	10,8 (\pm 1,6)	10,6 (\pm 1,7)	ns

6 casos *missing* para Maternidade, 10 casos *missing* para Reprodução, 4 casos *missing* para Afetividade, 7 casos *missing* para Aborto, 4 casos *missing* para Prazer

Tabela 46. Distribuição dos grupos de satisfação corporal baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros de acordo com média de cotação nas subescalas do QVC

	Insatisfeita – magreza média (±DP)	Satisfeita média (±DP)	Insatisfeita - excesso de peso média (±DP)	Amostra total média (±DP)	p
Maternidade	16,0 (±4,6)	13,5 (±4,2)	15,1 (±4,8)	14,2 (±4,5)	0,017
Reprodução	8,2 (±2,4)	7,2 (±2,5)	8,2 (±2,8)	7,6 (±2,6)	0,071
Afetividade	11,8 (±2,8)	12,1 (±1,9)	12,2 (±2,9)	12,1 (±2,3)	ns
Aborto	11,8 (±2,8)	11,4 (±2,0)	10,9 (±2,5)	11,3 (±2,3)	ns
Prazer	11,0 (±1,5)	10,6 (±1,6)	10,6 (±1,8)	10,6 (±1,7)	ns

6 casos *missing* para Maternidade, 10 casos *missing* para Reprodução, 4 casos *missing* para Afetividade, 7 casos *missing* para Aborto, 4 casos *missing* para Prazer

Capítulo 5 – Discussão

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a associação entre os valores e crenças sobre sexualidade, a vivência da mesma e o IMC e a percepção da imagem corporal de uma amostra de adolescentes do sexo feminino entre os 15 e os 19 anos.

Foi efetuada a caracterização da amostra, relativamente a dados demográficos, clínicos e percepção corporal e avaliadas a relação entre o IMC e a percepção da imagem corporal e a idade à data da primeira relação sexual, número de parceiros, uso de preservativo e o score obtido no QVC.

Nesta amostra verificou-se uma proporção de obesidade de 5.6% quando utilizadas as curvas de percentis do IMC, subindo para 8.3% quando utilizado o z-score para os percentis IMC ajustados à idade. Ambas as proporções são superiores às referidas para a população adolescente portuguesa.²

Considerando as medidas do PC, verificou-se que quase metade da amostra, com idade até aos 18 anos, apresentava critérios de obesidade abdominal, com aumento do risco cardiovascular. No entanto, e embora tenham sido utilizados percentis ajustados para a população adolescente portuguesa²⁶, estes dados não foram considerados para análise posterior por não ser possível incluir o subgrupo da amostra com idade de 19 anos.

Relativamente aos consumos, verificou-se que o álcool era utilizado por cerca de metade da amostra. Quanto ao tabaco, o seu consumo foi reportado por 40.6% da amostra, quase o dobro ao descrito no estudo HBSC 2014².

A grande maioria das adolescentes (81.7%) já tinha iniciado a sua vida sexual, valor muito acima do reportado numa amostra de adolescentes a nível nacional², o que pode ser explicado pelo fato do *Espaço Jovem* ser um Centro de Atendimento a Jovens

inserido num hospital Materno-Infantil e vocacionado para a saúde sexual e reprodutiva, pelo que a maioria dos jovens que lá recorrem já iniciaram a sua atividade sexual.

A média de idade à data da primeira relação sexual foi 15,5 anos, sobreponível aos dados nacionais², com a maioria destas adolescentes a utilizarem contraceção, com uma taxa de utilização do preservativo muito elevada. No entanto cerca de um terço não utilizou qualquer contraceção na última relação sexual e a taxa de utilização de preservativo baixou para 44.3% (vs 70% de acordo com o HBSC 2014).² Mais de metade das adolescentes sexualmente ativas tinha deixado de usar ou utilizar o preservativo às vezes, sendo o motivo principal o “confio no parceiro”, reforçando a importância da relação com os outros/grupos de pares e das relações amorosas nesta fase da adolescência.¹

IMC

Para avaliação do impacto do IMC nos diferentes parâmetros avaliados foram considerados os grupos de IMC da amostra obtidos de acordo com o z-score da OMS.²⁵

Nesta amostra verificou-se, de forma estatisticamente significativa, que as adolescentes obesas eram mais novas, e as de peso normal mais velhas. De acordo com o HBSC² 2014 confirma-se que as adolescentes mais velhas têm mais frequentemente um IMC normal, podendo isto relacionar-se com a preocupação com o corpo, mais vincada na fase final da adolescência.

Tal como já descrito em outros estudos^{7,11}, relativamente ao início das relações sexuais, a proporção de adolescentes que já tinha iniciado a sua atividade sexual era significativamente menor no grupo da obesidade comparativamente aos restantes grupos.

Para perceber o efeito da idade no início das relações sexuais foram calculadas as proporções de acordo com a idade, não se verificando diferenças.

A análise multivariada por regressão logística confirmou que uma adolescente obesa deste grupo tem 80% menos de probabilidade de iniciar relações sexuais quando comparada com as de peso normal, ajustado para a idade, o que está de acordo com a literatura.⁷

No entanto, verificou-se uma diminuição da média de idade à data da primeira relação à medida que o peso ia aumentando. Tal pode ser explicado pelo fato das adolescentes obesas serem mais novas, e a média de idade à data da primeira relação sexual ser mais baixa à medida que a idade diminui.

Embora não estatisticamente significativo, 80% das adolescentes do grupo da obesidade afirmaram que a primeira relação sexual foi planeada (proporção superior aos restantes grupos), levando a concluir que para estas jovens a atividade sexual fosse uma questão importante.

Não houve diferenças estatísticas na utilização de contraceção e no uso de preservativo entre os diferentes grupos, não se confirmando o descrito em alguns estudos,^{13,14,15,16} que confirmam a menor taxa de utilização de contraceção e do preservativo em adolescentes com excesso de peso.

Já quanto ao número de parceiros sexuais, as adolescentes com excesso de peso ou obesidade referiram um número maior de parceiros quando comparadas com as de peso normal, reforçando um maior comportamento de risco, com reportado por Gordon et al.¹⁴

QVC

Para o Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto não se verificaram diferenças na média de cotação entre os grupos para todas as subescalas do questionário.

Desta forma, não parece haver impacto entre o excesso de peso e a obesidade e as crenças e valores relacionados com a sexualidade, favorecendo a ligação destes processos com questões socioculturais.

Percepção da Imagem Corporal

A PICR aumentou proporcionalmente ao aumento de peso. As adolescentes obesas identificaram números mais elevados das silhuetas de Stunkard comparativamente às de peso normal, com maior tendência para identificação dos números do extremo superior da tabela.

Também a percepção da PICI foi significativamente diferente entre os grupos, com as adolescentes obesas a identificarem silhuetas com número mais baixo, a meio da escala, com uma mediana de 4.

A última questão era relacionada como é que elas pensam que os outros as vêem (PICO), verificando-se também um aumento do número da silhueta, à medida que os grupos do peso aumentam.

Todas as adolescentes do grupo da obesidade e a grande maioria das adolescentes com excesso de peso registaram insatisfação para o excesso de peso, corroborando dados de alguns estudos publicados.^{4,11}

Quanto à percepção da imagem corporal que elas pensam que os outros têm delas também foi registado um aumento da insatisfação para o excesso de peso para os grupos das adolescentes com excesso de peso e para as do grupo da obesidade quando comparadas com as adolescentes de peso normal, comprovando que estas adolescentes pensam que os outros têm uma imagem corporal sua mais negativa do que a real, resultados que reforçam a ideia de baixa autoestima,¹⁹ mau autoconceito e insatisfação corporal associados aos adolescentes com excesso de peso e obesidade, em especial no sexo feminino.²⁹

Para perceber o impacto da percepção da imagem corporal nas crenças e vivências da sexualidade foi dividida a amostra total de acordo com a satisfação corporal, quer percecionada por si, quer na que pensam que os outros percecionam.

Avaliando de acordo com a auto percepção da satisfação corporal, o grupo das insatisfeitas pela magreza registou a maior proporção de adolescentes que já tinha iniciado relações sexuais, e as do grupo das insatisfeitas pelo excesso de peso a menor.

As raparigas que gostavam de ter mais peso apresentavam maior risco para o início da atividade sexual do que as que gostariam de ser mais magras.

Já o mesmo efeito não se confirmou quando realizados os mesmos cálculos de acordo com o que elas pensam que os outros percebem sobre elas.

Também não se verificou aumento de risco em nenhum dos grupos para a satisfação corporal (auto percepção e percepção pelos outros) relativamente à média de idade à data da primeira relação sexual, no número de parceiros e no uso do preservativo.

Quando se avalia o que elas acham que os outros pensam sobre elas, verificou-se que as adolescentes com insatisfação pela magreza tinham tendência para média de idade à data da primeira relação sexual inferior às restantes e maior proporção das adolescentes com insatisfação pelo excesso de peso reportava uso irregular ou abandono do uso do preservativo. Isto leva a pensar que todas estas adolescentes, insatisfeitas com a sua imagem corporal, por quererem ser aceites entre os pares podem estar mais expostas a comportamentos de risco.

Não houve diferenças no número de parceiros sexuais entre grupos quer considerando a auto percepção da imagem corporal, quer a percepção da imagem corporal pelos outros.

Para perceber se a satisfação corporal, quer percebida pela própria, quer a que elas pensam que os outros têm sobre elas, também muito relacionadas com valores e crenças adquiridas durante o desenvolvimento e dependente de interações pessoais, culturais e sociais, teriam impacto nas crenças e valores sobre sexualidade, os dados foram cruzados com o QVC.

Não foram encontradas diferenças na média de cotação das subescalas Afetividade, Aborto e Prazer entre os diferentes grupos da satisfação corporal, quer percebida pela própria, quer a que elas pensam que os outros têm sobre elas.

Os grupos de insatisfação corporal quer pela magreza quer pelo excesso de peso obtiveram média de cotações mais elevadas para as subescalas Maternidade e Reprodução, quer na autoavaliação da percepção da imagem corporal, quer na avaliação da percepção da sua imagem corporal pelos outros. Na subescala Maternidade a diferença de média de cotação foi ainda mais acentuada, com o grupo das insatisfeitas pela magreza, baseada na percepção da sua imagem corporal pelos outros, a obter média de cotação superior aos restantes grupos.

Isto significa que as adolescentes insatisfeitas com a sua imagem corporal, quer percecionada por si, quer a que pensam que os outros têm delas, valorizam mais a maternidade como projeto principal da identidade feminina e a reprodução como função primordial da sexualidade feminina quando comparadas com as restantes.

Estes dados realçam a importância da autoimagem e da relação com o corpo na construção da identidade feminina. A construção da identidade feminina, solidificada na adolescência, baseia-se na percepção do corpo, na questão da reprodução e maternidade e na vivência da sexualidade e da relação com os outros. Todos estes fatores são muito influenciados pelo ambiente social e afetivo que rodeiam a adolescente. Há autores que sugerem que a imagem corporal, bem como a sexualidade feminina são socialmente construídos, e fortemente influenciados pelas normas e expectativas sociais.³⁰ Também a influência da relação precoce das adolescentes com o cuidador primário, habitualmente a figura materna, foi considerada fator influenciador da percepção da imagem corporal. Alguns estudos que mostram existir uma relação complexa entre a idade, o desenvolvimento físico e a dinâmica mãe/filha como fatores contributivos para o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva para as adolescentes durante a puberdade.³¹

Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo prende-se com a amostra. O facto de ser uma amostra de conveniência, baseada numa população que recorre a um centro de atendimento a jovens, enquadrado num hospital de base materno-infantil, pode causar enviesamento da amostra.

Outra limitação é o tamanho da amostra, condicionando um número pequeno no grupo da obesidade (n=15, 8.3%).

Poderia ter tido interesse explorar melhor o contexto socioeconómico da amostra, nomeadamente a constituição do agregado familiar, a profissão dos pais, o seu IMC e os antecedentes psicopatológicos para verificar o seu impacto nos diferentes parâmetros avaliados.

Capítulo 6 – Conclusões

O objetivo deste trabalho foi avaliar a existência de associação entre os valores e crenças sobre sexualidade e a vivência da mesma com o IMC e a percepção da imagem corporal numa amostra de adolescentes do sexo feminino entre os 15 e os 19 anos.

Pretendeu-se perceber se o excesso de peso e/ou a obesidade nesta faixa etária, bem como as diferentes percepções da imagem corporal, estavam associados a diferentes crenças relacionadas com a sexualidade e a comportamentos sexuais de maior risco.

As características da amostra total do estudo são sobreponíveis a outros estudos publicados na literatura, nomeadamente na idade à data da primeira relação sexual, uso de contraceção ou uso de preservativo.

As adolescentes com obesidade eram mais novas quando comparadas com as restantes adolescentes. Verificou-se que uma menor proporção de adolescentes com obesidade tinha iniciado a sua vida sexual; no entanto as que já tinham vida sexual ativa tinham tendência para início de relações sexuais mais precoce e reportavam maior número de parceiros.

Não se verificaram diferenças no uso de contraceção e do preservativo de acordo com o IMC, bem como no uso de substâncias e nos scores obtidos no QVC.

Quanto à imagem corporal, os resultados mostraram que as adolescentes obesas têm mais insatisfação para o excesso de peso, quanto à imagem corporal, e mais frequentemente avaliam a percepção que os outros têm da sua imagem corporal de forma mais negativa.

Considerando a amostra total, as adolescentes insatisfeitas pela magreza tinham já iniciado relações sexuais numa maior proporção e as do grupo das insatisfeitas pelo excesso de peso numa menor proporção.

Avaliando o que as adolescentes acham que os outros pensam sobre elas, relativamente à imagem corporal, verificou-se impacto na idade à data da primeira relação para o grupo com insatisfação pela magreza, e uso mais irregular, ou mesmo abandono, do preservativo para as adolescentes com insatisfação pelo excesso de peso.

Relativamente às crenças e valores sobre sexualidade, os grupos de insatisfação corporal quer pela magreza quer pelo excesso de peso (percecionadas por elas ou o que pensam que os outros têm delas) obtiveram média de cotações mais elevadas para as subescalas Maternidade e Reprodução, implicando maior valorização da maternidade como realização principal da identidade feminina e da reprodução como função primordial da sexualidade feminina do que as restantes.

Os resultados deste estudo vão de encontro a alguns estudos publicados na literatura, embora não confirmando todos os comportamentos de risco relacionados com esta população. Solidificam a ideia que as adolescentes com obesidade podem ter maior exposição a comportamentos de risco na área da saúde sexual e reprodutiva.

A satisfação corporal, avaliada pela percepção da imagem corporal, mostrou estar fortemente associada à obesidade e ao excesso de peso. De uma forma global, as adolescentes insatisfeitas com o seu corpo, seja pela magreza, seja pelo excesso de peso, podem também estar mais expostas a comportamentos sexuais de risco. Do mesmo modo, a insatisfação corporal parece igualmente estar associada a diferentes crenças e valores, no que diz respeito à maternidade e à reprodução.

Assim, os resultados deste estudo podem ajudar a reforçar a importância da avaliação sistemática da satisfação corporal na abordagem da adolescente para avaliação de riscos, bem como ser ponto de partida para novas investigações na área da imagem corporal associada à adolescência.

Realçam igualmente a necessidade de programas específicos e individualizados para acompanhamento da população adolescente com obesidade e/ou com alteração da satisfação corporal, na área da saúde sexual e reprodutiva, incluindo formação específica para os profissionais, de forma a diminuir exposição a comportamentos de risco, integrando a sexualidade nos estilos de vida saudáveis.

Referências Bibliográficas

1. Fonseca H. *Compreender os Adolescentes, Um Desafio para Pais e Educadores*. 6ª edição. Editorial Presença. Lisboa.
2. Aventura Social & Saúde. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão, Relatório do Estudo HBSC 2014*. Acedido em 19/12/2016 em: http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
3. Aventura Social & Saúde. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Acedido em 20/09/2014 em: http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
4. Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID and Hill AJ. *Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide Survey of Australian Children*. *Pediatrics*. 2006; 118 (6): p.2481-2487.
5. Latner, JD, Stunkard AJ. Getting worse; *The stigmatization of obese children*. *Obesity Research*, 2003; 11:452-456
6. Vila GE, Zipper M, Dabbas C, Bertrand JJ, Ricour RC, Mouren.Simeoni MC. *Mental disorders in obese children and adolescents*. *Psychosom Med* 2004. 66:387-394
7. Leech TGJ, Dias JJ. *Risky Sexual Behaviour: A Race-specific Social Consequence*. *J Youth Adolescence* 2012; 41:41-52
8. Akers AY, Lynch CP, Gold MA, Chang JCC, Doswell W, Wiesenfeld HC, Feng W, Bost J. *Exploring the Relationship Among Weight, Race, and Sexual Behaviours Among Girls*. *Pediatrics*. 2009; 124: e913-e920

9. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. *Body mass index and sexual behavior*. Obst Gynecol 2008; 112:586-92
10. DeMaria AL, Lugo JM, Rahman M, Pyles RB, Berenson AB. *Association between body mass index, sexually transmitted infections, and contraceptive compliance*. J Womens Health (Larchmt). 2013 Dec;22(12):1062-8
11. Mäkinen M, Lindeberg N, Komulainen E, Puukko-Viertomies, Aalberg V, Marttunen M. *Psychological well-being in adolescents with excess weight*. Nordic J Psych 2015; 69 (5)
12. McKeating A, O'Higgins A, Turner C, McMahon L, Sheehan SR, Turner MJ. *The relationship between unplanned pregnancy and maternal body mass index 2009-2012*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2015; 20(6): 409-18
13. Chang T, Davis MM, Kusunoki Y, Ela EJ, Hall KS, Barber JS. *Sexual Behaviour and contraceptive Use among 18- to 19-Year-Old Adolescent Women by Weight Status: A Longitudinal Analysis*. J Pediatr 2015; 167(3): 586-592
14. Gordon LP, Diaz A, Soghomonian C, Nucci-Sack AT, Weiss JM, Strickler HD, Burk RD, Schlecht NF, Ochner CN. *Increased Body Mass Index Associated with Increased Risky Sexual Behaviours*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29:42-47
15. Epstein M, Bailey JA, Manhart LE et al. *Understanding the link between early sexual initiation and later sexually transmitted infection: test and replication in two longitudinal studies*. J Adolesc Health 2014; 54: 435-42
16. Chang T, Davis MM, Kusunoki Y, Ela EJ, Hall KS, Barber JS. *Sexual Behaviour and Contraceptive Use among 18- to 19-Year-Old Adolescent Women by Weight Status: A Longitudinal Analysis*. J Pediatr 2015; 167(3): 586-592

17. Ratcliff MB, Jenkins TM, Reiter-Purtill J, Noll JG and Zeller MH. *Risk-Taking Behaviours of Adolescents With Extreme Obesity: Normative or Not?*. Pediatrics. 2011; 127: 827-834
18. Reis M, Ramiro L, Godeau E, Matos MG. *Age at menarche in Portuguese adolescents – A cross-sectional study with HBSC Portuguese survey*. Glo Adv Res J Edu Res Rev 2016; 5(4):055-062
19. Auslander BA, Baker J, Short MB. *The connection between young women's body esteem and sexual assertiveness*. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012 Apr;25(2):127-30
20. Merten MJ, Williams AL. *Body mass index, self-esteem and weight contentment from adolescence to young adulthood and women's risk for sexually transmitted disease*. Sex Health 2014; 11(6): 561-7
21. Sereno S, Leal I, Maroco J. *Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto*. Psicologia, Saúde e Doenças. 2009; 10 (2):193-204.
22. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Lust KD. *Weight-related issues and high-risk sexual behaviours among college students*. J Am Coll Health 2005; 54:95-99
23. Sabia JJ. *The effect of body weight on adolescent sexual activity*. Health Econ 2011; 20: 1330-36
24. Rito A, Breda J, Carmo I, INSA-DGS. *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. INSA. 2011
25. WHO BMI-for-age GIRLS, 5 to 19 years (z-scores). Acedido em 03/02/2016 em: http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_5_19years_z.pdf?ua=1

26. Sardinha LB, Santos R, Vale S, Silva MJC, Raimundo AM, Moreira H, Baptista F, Mota J. *Waist circumference percentiles for Portuguese children and adolescents aged 10 to 18 years*. Eur J Pediatr 2012, 171: 499-505

27. Pina C, Charrão F, Rodrigues T, Fonseca H. *Um Perímetro de Cintura, Diferentes Percentis: Que Curvas Usar nos Adolescentes Portugueses com Excesso de Peso?* Acta Pediatr Port 2016; 47:221-7

28. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. *Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness*. Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis 1983; 60:115-120

29. Tang-Péronard JL, Heitmann BL. *Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender*. Obes Rev 2008, 9: 522-534

30. Woertman L¹, van den Brink F. *Body image and female sexual functioning and behavior: a review*. J Sex Res. 2012, 49(2-3):184-211

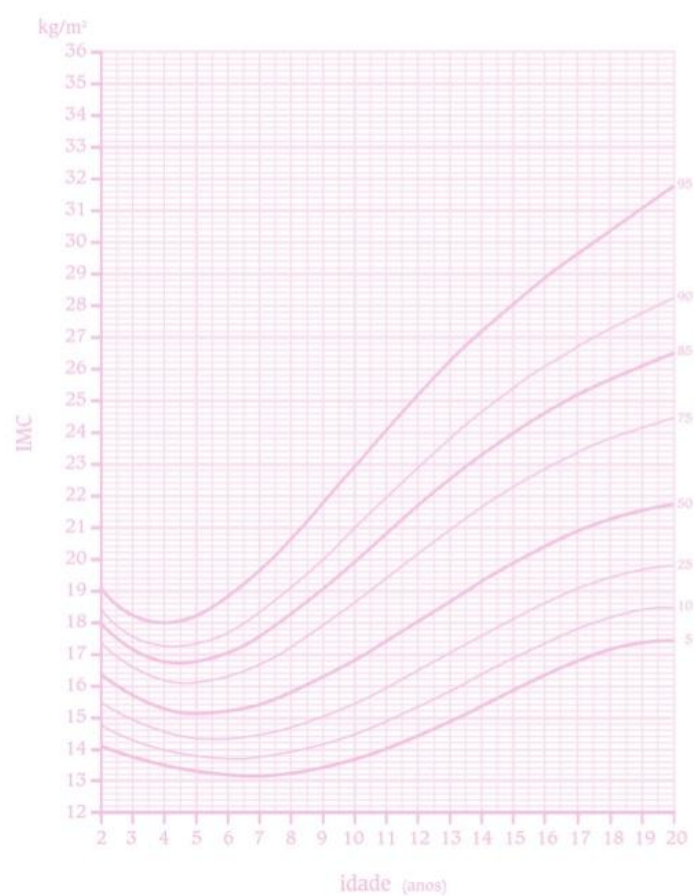
31. Usmiani S, Daniluk J. *Mothers and Their Adolescent Daughters: Relationship Between Self-Esteem, Gender Role Identity, Body Image*. J Youth Adoles 1997, 26(1): 45-62

Anexos

Anexo I: Curvas de Percentil do IMC para Raparigas

RAPARIGAS

índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95
EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

Anexo II. Valores do z-score do IMC para Raparigas

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

Year: Month	Month	L	M	S	Z-scores (BMI in kg/m ³)						
					-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
13: 4	160	-1.2894	19.0642	0.13537	13.8	15.1	16.8	19.1	22.1	26.6	33.9
13: 5	161	-1.2816	19.1289	0.13559	13.8	15.2	16.9	19.1	22.2	26.7	34.0
13: 6	162	-1.2739	19.1931	0.13580	13.8	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8	34.1
13: 7	163	-1.2661	19.2567	0.13601	13.9	15.2	17.0	19.3	22.4	26.9	34.2
13: 8	164	-1.2583	19.3197	0.13622	13.9	15.3	17.0	19.3	22.4	27.0	34.3
13: 9	165	-1.2504	19.3820	0.13642	13.9	15.3	17.1	19.4	22.5	27.1	34.4
13:10	166	-1.2425	19.4437	0.13662	14.0	15.4	17.1	19.4	22.6	27.1	34.5
13:11	167	-1.2345	19.5045	0.13681	14.0	15.4	17.2	19.5	22.7	27.2	34.6
14: 0	168	-1.2266	19.5647	0.13700	14.0	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3	34.7
14: 1	169	-1.2186	19.6240	0.13719	14.1	15.5	17.3	19.6	22.8	27.4	34.7
14: 2	170	-1.2107	19.6824	0.13738	14.1	15.5	17.3	19.7	22.9	27.5	34.8
14: 3	171	-1.2027	19.7400	0.13756	14.1	15.6	17.4	19.7	22.9	27.6	34.9
14: 4	172	-1.1947	19.7966	0.13774	14.1	15.6	17.4	19.8	23.0	27.7	35.0
14: 5	173	-1.1867	19.8523	0.13791	14.2	15.6	17.5	19.9	23.1	27.7	35.1
14: 6	174	-1.1788	19.9070	0.13808	14.2	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8	35.1
14: 7	175	-1.1708	19.9607	0.13825	14.2	15.7	17.6	20.0	23.2	27.9	35.2
14: 8	176	-1.1629	20.0133	0.13841	14.3	15.7	17.6	20.0	23.3	28.0	35.3
14: 9	177	-1.1549	20.0648	0.13858	14.3	15.8	17.6	20.1	23.3	28.0	35.4
14:10	178	-1.1470	20.1152	0.13873	14.3	15.8	17.7	20.1	23.4	28.1	35.4
14:11	179	-1.1390	20.1644	0.13889	14.3	15.8	17.7	20.2	23.5	28.2	35.5
15: 0	180	-1.1311	20.2125	0.13904	14.4	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2	35.5
15: 1	181	-1.1232	20.2595	0.13920	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.3	35.6
15: 2	182	-1.1153	20.3053	0.13934	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.4	35.7
15: 3	183	-1.1074	20.3499	0.13949	14.4	16.0	17.9	20.4	23.7	28.4	35.7
2007 WHO Reference											

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

Year: Month	Month	L	M	S	Z-scores (BMI in kg/m ³)						
					-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
15: 4	184	-1.0996	20.3934	0.13963	14.5	16.0	17.9	20.4	23.7	28.5	35.8
15: 5	185	-1.0917	20.4357	0.13977	14.5	16.0	17.9	20.4	23.8	28.5	35.8
15: 6	186	-1.0838	20.4769	0.13991	14.5	16.0	18.0	20.5	23.8	28.6	35.8
15: 7	187	-1.0760	20.5170	0.14005	14.5	16.1	18.0	20.5	23.9	28.6	35.9
15: 8	188	-1.0681	20.5560	0.14018	14.5	16.1	18.0	20.6	23.9	28.7	35.9
15: 9	189	-1.0603	20.5938	0.14031	14.5	16.1	18.1	20.6	24.0	28.7	36.0
15:10	190	-1.0525	20.6306	0.14044	14.6	16.1	18.1	20.6	24.0	28.8	36.0
15:11	191	-1.0447	20.6663	0.14057	14.6	16.2	18.1	20.7	24.1	28.8	36.0
16: 0	192	-1.0368	20.7008	0.14070	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16: 1	193	-1.0290	20.7344	0.14082	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16: 2	194	-1.0212	20.7668	0.14094	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16: 3	195	-1.0134	20.7982	0.14106	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16: 4	196	-1.0055	20.8286	0.14118	14.6	16.2	18.3	20.8	24.3	29.0	36.2
16: 5	197	-0.9977	20.8580	0.14130	14.6	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16: 6	198	-0.9898	20.8863	0.14142	14.7	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16: 7	199	-0.9819	20.9137	0.14153	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.1	36.2
16: 8	200	-0.9740	20.9401	0.14164	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.2	36.2
16: 9	201	-0.9661	20.9656	0.14176	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16:10	202	-0.9582	20.9901	0.14187	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16:11	203	-0.9503	21.0138	0.14198	14.7	16.3	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17: 0	204	-0.9423	21.0367	0.14208	14.7	16.4	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17: 1	205	-0.9344	21.0587	0.14219	14.7	16.4	18.4	21.1	24.5	29.3	36.3
17: 2	206	-0.9264	21.0801	0.14230	14.7	16.4	18.4	21.1	24.6	29.3	36.3
17: 3	207	-0.9184	21.1007	0.14240	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
2007 WHO Reference											

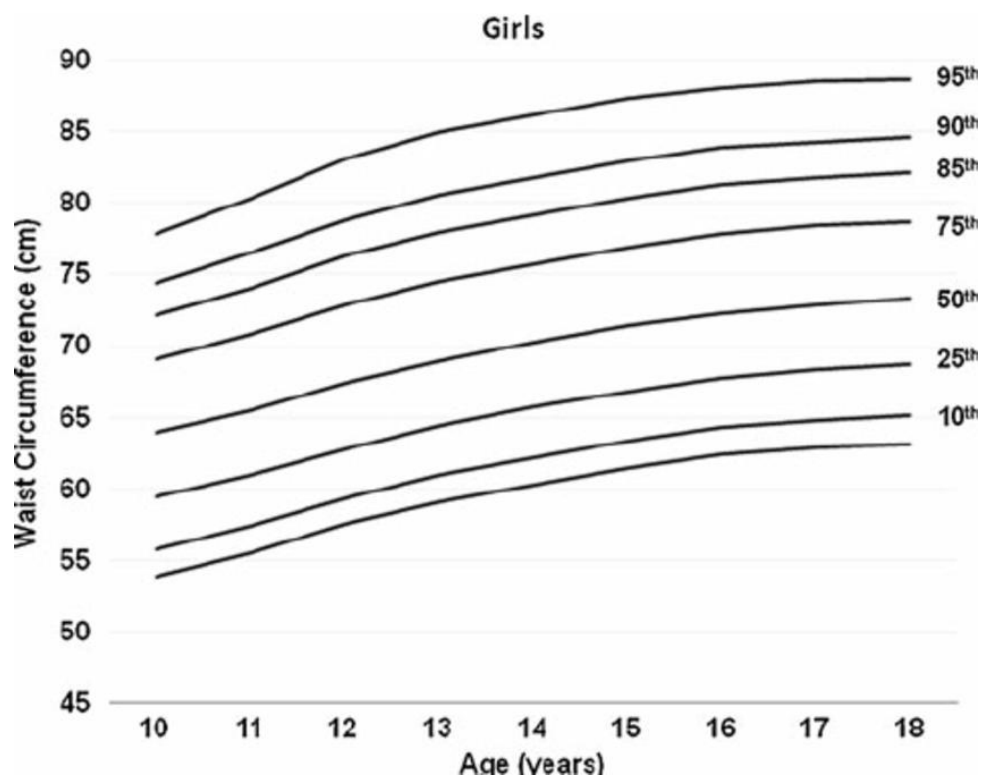
Impacto do Índice de Massa Corporal e da Percepção da Imagem Corporal
nas Crenças e Vivência da Sexualidade na Adolescência

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

Year: Month	Month	L	M	S	Z-scores (BMI in kg/m ³)						
					-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
17: 4	208	-0.9104	21.1206	0.14250	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17: 5	209	-0.9024	21.1399	0.14261	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17: 6	210	-0.8944	21.1586	0.14271	14.7	16.4	18.5	21.2	24.6	29.4	36.3
17: 7	211	-0.8863	21.1768	0.14281	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.4	36.3
17: 8	212	-0.8783	21.1944	0.14291	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17: 9	213	-0.8703	21.2116	0.14301	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17:10	214	-0.8623	21.2282	0.14311	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17:11	215	-0.8542	21.2444	0.14320	14.7	16.4	18.6	21.2	24.8	29.5	36.3
18: 0	216	-0.8462	21.2603	0.14330	14.7	16.4	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18: 1	217	-0.8382	21.2757	0.14340	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18: 2	218	-0.8301	21.2908	0.14349	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18: 3	219	-0.8221	21.3055	0.14359	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18: 4	220	-0.8140	21.3200	0.14368	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18: 5	221	-0.8060	21.3341	0.14377	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18: 6	222	-0.7980	21.3480	0.14386	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18: 7	223	-0.7899	21.3617	0.14396	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2
18: 8	224	-0.7819	21.3752	0.14405	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2
18: 9	225	-0.7738	21.3884	0.14414	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18:10	226	-0.7658	21.4014	0.14423	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18:11	227	-0.7577	21.4143	0.14432	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2
19: 0	228	-0.7496	21.4269	0.14441	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2
2007 WHO Reference											

Anexo III. Valores de Percentil para o Perímetro da Cintura



Anexo IV: Questionário sociodemográfico e clínico

Questionário Espaço Jovem	
Impacto do Índice de Massa Corporal e da Percepção da Imagem Corporal nas Crenças e Vivência da Sexualidade na Adolescência	
2015	
Este questionário é confidencial. Obrigada pela tua participação.	
-I-	
1. Data de Nascimento ____/____/____	
2. Profissão: <input type="radio"/> Estudante <input type="radio"/> Trabalhadora-estudante <input type="radio"/> Trabalhadora (Profissão _____; Com que idade deixaste de estudar? _____)	
3. Escolaridade: <input type="radio"/> Ensino Básico (Ano: _____) <input type="radio"/> Ensino Secundário (Ano: _____) <input type="radio"/> Ensino Universitário (Ano: _____; Curso: _____)	
4. Religião: <input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Protestante <input type="radio"/> Muçulmana <input type="radio"/> Judaica <input type="radio"/> Hindu <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Outra (Qual? _____)	
4.1. Religião: <input type="radio"/> Praticante <input type="radio"/> Não Praticante	
5. Com quem moras: <input type="radio"/> Pai (Idade _____) <input type="radio"/> Mãe (Idade _____) <input type="radio"/> Avós (Idades _____) <input type="radio"/> Irmãos (Idades _____) <input type="radio"/> Tio/s (Idades _____) <input type="radio"/> Namorado (Idade _____) <input type="radio"/> Colegas/Amigos <input type="radio"/> Lar (Qual? _____) <input type="radio"/> Outros (Quem? _____)	
6. Profissão dos pais: Pai _____ Mãe _____	
7. Escolaridade dos pais: Pai _____ Mãe _____	
8. Fumas: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (_____ cigarros/dia)	
9. Bebes álcool: <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> 1vez por mês <input type="radio"/> Menos de 4 vezes por mês <input type="radio"/> Mais de 5 vezes por mês <input type="radio"/> Todos os dias (Quantidade _____)	
10. Usas drogas: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (____ 1vez por mês; ____ Menos de 4 vezes por mês; ____ Mais de 5 vezes por mês; ____ Todos os dias) (Quais? ____ Haxixe; ____ Ecstasy; ____ Cocaína; ____ Heroína; ____ Outras _____)	

-II-

1. Já tiveste relações sexuais? ☐ Não (Passa à pergunta 15) ☐ Sim
2. Com que idade tiveste relações a primeira vez? _____ anos
3. A primeira vez que tiveste relações sexuais: ☐ Foi inesperado ☐ Foi planeado ☐ Foi desejado
4. Que método contraceptivo usaste a primeira vez que tiveste relações?
☐ Nenhum ☐ Coito interrompido ☐ Pílula ☐ Método do Calendário
☐ Anel vaginal ☐ Preservativo ☐ Adesivo ☐ Outro _____
5. Quantos/as parceiros/as sexuais tiveste? ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou 5 ☐ 6 a 9 ☐ Mais de 10
6. Género dos parceiros sexuais: ☐ Sexo masculino ☐ Sexo feminino ☐ Ambos
7. Na última relação sexual usaste:
☐ Nenhum ☐ Coito interrompido ☐ Pílula ☐ Método do Calendário
☐ Anel vaginal ☐ Preservativo ☐ Adesivo ☐ Outro _____
8. Usas preservativo: ☐ Sempre ☐ Nunca (Passa à pergunta 11)
☐ Às vezes ☐ Deixei de usar (Passa à pergunta 11)
9. Porque usas preservativo: ☐ Para evitar a gravidez ☐ Por imposição do parceiro
☐ Para prevenir doenças (infecções sexualmente transmissíveis) ☐ Outro _____
10. Porque não usas preservativo: ☐ Retira prazer ☐ Confio no parceiro ☐ Parceiro recusa
☐ Não sei usar ☐ Não é eficaz ☐ Outro _____
11. Já tomaste a pílula do dia seguinte? ☐ Não ☐ Sim (Quantas vezes? _____)
12. Já estiveste grávida? ☐ Não ☐ Sim (Quantas vezes? _____)
13. O que aconteceu na última gravidez? ☐ Estou grávida ☐ Abortamento espontâneo
☐ Abortamento provocado ☐ Nasceu uma criança
14. Já fizeste algum aborto? ☐ Não ☐ Sim (Quantas vezes? _____) (Passa à Secção III)
15. Nunca tive relações sexuais porque: ☐ Antes do casamento é errado ☐ Não me sinto preparada
☐ Tenho medo de apanhar doenças (infecções sexualmente transmissíveis) ☐ Não tive oportunidade
☐ Tenho medo de engravidar ☐ Outro _____

- 16.** Tenciono ter relações sexuais: ☐ Quando casar ☐ Quando tiver um namorado/a sério
☐ Quando me apaixonar ☐ Quando tiver oportunidade

- 17.** Sentes pressão para iniciar a tua actividade sexual? ☐ Não ☐ Sim

(De quem? ___ Namorado/a; ___ Amigos; ___ Família; ___ Colegas; ___ Outros _____)

Anexo V. Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade, Maternidade e Aborto

Questionário de Valores e Crenças sobre Sexualidade

(Serenio, Leal & Maroco, 2009)

De seguida, demonstre quanto está de acordo ou em desacordo com as seguintes afirmações, fazendo uma cruz na respectiva coluna, que vai desde *Concordo Totalmente* até *Discordo Totalmente*.

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. A gravidez é apenas um acontecimento biológico.					
2. O sexo é uma parte muito importante da vida.					
3. É importante ter prazer na relação sexual.					
4. A minha maior motivação para ter relações sexuais é o prazer.					
5. A minha maior motivação para ter relações sexuais é a reprodução.					
6. A minha principal motivação para as relações sexuais é sentir-me amada.					
7. O sexo sem amor não faz sentido.					
8. O aborto pode ser prejudicial à saúde psicológica da mulher.					
9. As pessoas desejam ter filhos para os amarem e serem amadas por eles.					
10. Uma gravidez é sempre desejada.					
11. O aborto pode ser prejudicial à saúde física da mulher.					
12. O aborto é um crime em qualquer circunstância.					
13. Ter filhos é essencial para a realização da mulher.					
14. A maternidade valoriza o estatuto social da mulher.					
15. Um casal sem filhos não é completamente feliz.					
16. Ter um filho é necessário para a minha felicidade.					
17. As mulheres que não desejam ter filhos são egoístas.					

Anexo VI: Silhuetas femininas de Stunkard

